

Kasuistik

Ugeskr Læger 2020;182:V03200177

Plastmønt i øsofagus hos en etårig med langvarige symptomer på fejlsynkning og recidiverende pneumonier

Daniel Bräuner Skansing¹ & Viveque Egsgaard²

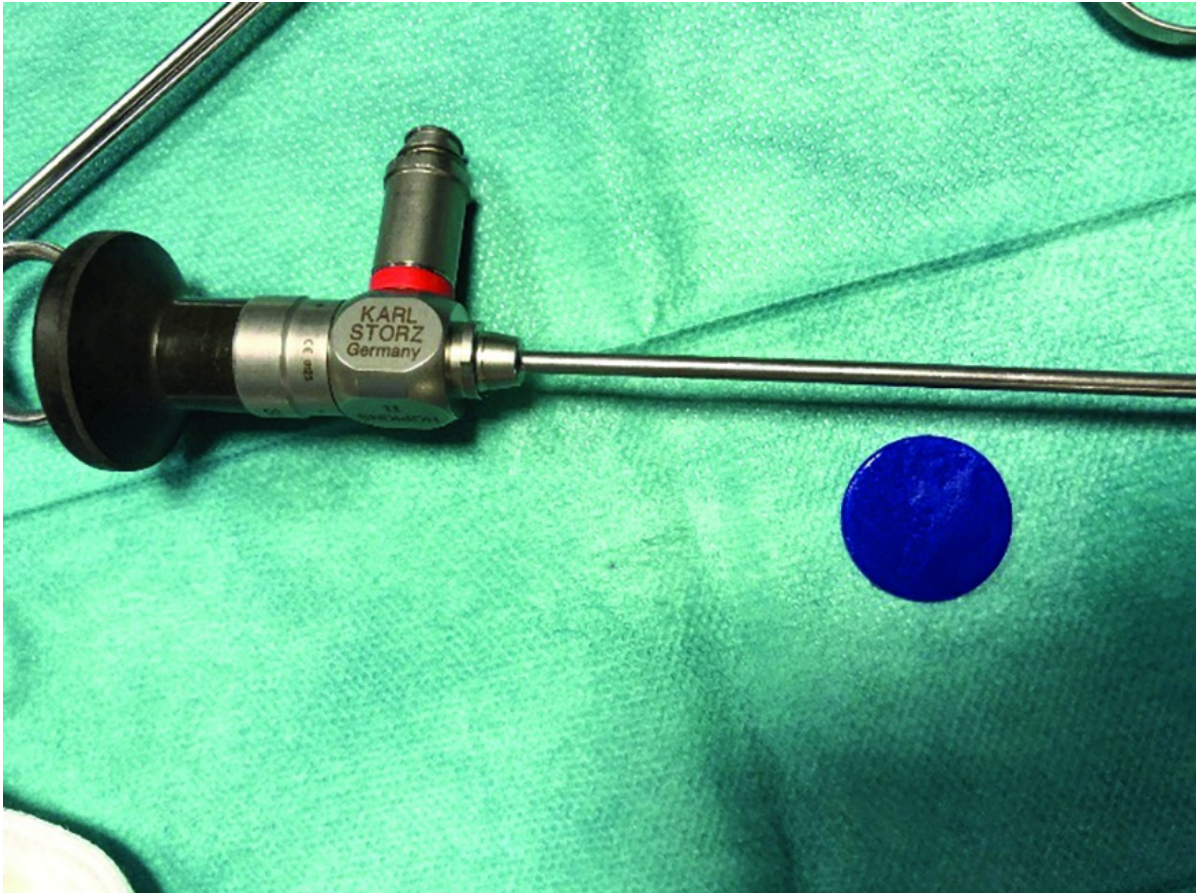
1) Øre-Næse-Halsafdelingen, Sydvestjysk Sygehus 2) Øre-Næse-Hals/Hørelinik Afdeling F, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger 2020;182:V03200177

Mindre børn putter ofte fremmedlegemer i munden, formentlig i et større omfang end man er klar over. I langt de fleste tilfælde sluges fremmedlegemet og passerer naturligt gennem fordøjelseskanalen, men i nogle tilfælde resulterer det i aspiration til lungerne, eller det sætter sig fast i øsofagus. Det kan også dreje sig om specifikke hårde fødeemner (gulerødder, hårde melonstykker osv.) der pga. barnets endnu manglende fulde tandsæt og umodne synkefunktion ikke forarbejdes ordentligt, inden det sluges.

Typisk vil der være akutte symptomer i form af pludseligt indsættende vejrtrækningsbesvær, hoste, cyanose og stridor, hvis fremmedlegemet er aspireret, og synkestop med savlen, spisevægring og opkastning, hvis fremmedlegemet er fastsiddende i øsofagus. I disse tilfælde er det kliniske billede oplagt. Ved mindre fremmedlegemer kan symptomerne dog være mere vage, og med tiden vil hoste- og opkastningsreflekserne udtrættes, hvilket kan sløre billedet yderligere [1].

Således kan symptom-billedet variere fra en livstruende tilstand til milde symptomer, der kan forveksles med mange ikkealvorlige årsager.



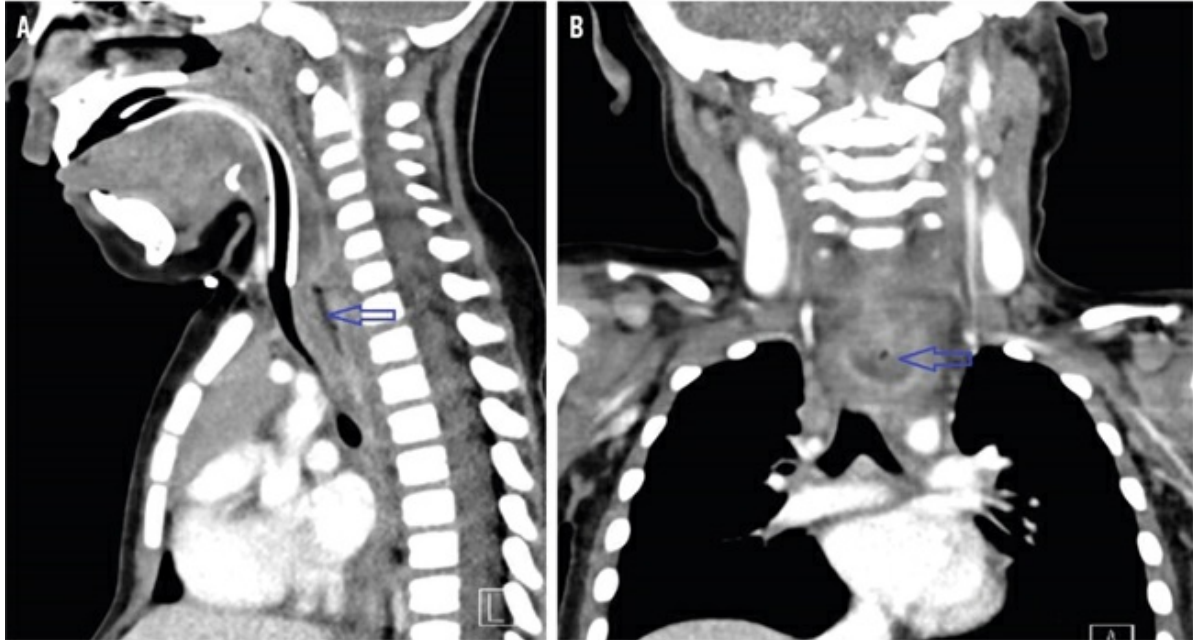
Plastmønt på 2 × 2 cm efter fjernelse fra øsofagus.

SYGEHISTORIE

En et år og tre måneder gammel pige blev henvist til en børneafdeling, fordi hun havde recidiverende pneumonier. Der havde været symptomdebut fem måneder tidligere uden en forhistorie med mistanke om indtagelse af fremmedlegemer. Der blev observeret feber, rallen, slimproduktion, hoste og problemer med at spise fast føde pga. fejlsynkning. Antibiotikabehandling havde kortvarig effekt på feber og hoste, men der var vedvarende rallen, slimproduktion og opkastninger ved fødeindtag. På mistanke om astma blev der initieret behandling med salbutamol og montelukast, men uden sikker effekt. Der var ingen mistanke om reflux, og dyrkning af trakealsekret var uden vækst. En røntgenoptagelse af thorax viste normale forhold, og pigen blev desuden undersøgt på mistanke om adenoide vegetationer. Her var eneste objektive fund lidt rødme ved øsofagumunden set ved fiberlaryngoskopi.

Pga. klinisk forværring blev hun tre måneder senere henvist til bronkoskopi. Her fandt man trachea komprimeret, og man foretog derfor i samme seance fleksibel og rigid øsofagoskopi, der afslørede en 2 cm stor, blå plastmønt, der var indgroet i den proksimale øsofagus. En akut CT viste normale anatomiske forhold fraset mønten (**Figur 1**), der herefter blev fjernet ved rigid øsofagoskopi uden perforation af øsofagus.

FIGUR 1 / CT-billeder med hhv. sagittalt (A) og koronalt (B) snit. Pilen peger mod centrum af mønten i øsofagus.



DISKUSSION

De hyppigste fremmedlegemer i øsofagus hos børn er mønter [2, 3], som normalt er synlige på røntgenoptagelser af thorax. Det er alle fremmedlegemer dog ikke (f.eks. plastmønter).

Litteraturen er generelt sparsom vedrørende længerevarende fastsiddende fremmedlegemer i øsofagus. *Miller et al* [3] definerer kronisk fremmedlegeme i øsofagus som varende mere end syv dage fra symptomdebut til diagnose. I deres studie var det tilfældet hos 8% af børnene med fremmedlegemer i øsofagus. Af disse havde 76% primært luftvejssymptomer, og alle havde forværring af symptomerne ved indtag af mad.

Hos patienten i sygehistorien havde der ikke været observeret eller været mistanke om indtag af et fremmedlegeme. Øget slimproduktion, fejlsynkning og opkastninger ved fødeindtag bør lede mistanken hen på et fremmedlegeme eller anden patologi i øsofagus (tumor, infektion, stenose, fistel). Den manglende fremmedlegemeanamnese, samtidige symptomer fra luftvejene samt kortvarig effekt af antibiotika slørede den reelle årsag hos patienten i sygehistorien, hvorfor der gik otte måneder fra debut af symptomerne til klinisk diagnose.

Denne sygehistorie illustrerer, at kronisk fremmedlegeme i øsofagus hos børn er en sjælden, men vigtig differentialdiagnose, når symptomer fra luftvejene såvel som fordøjelseskanalen ikke responderer på gængs behandling. Særligt bør man hæfte sig ved,

at manglende anamnese om set eller mistanke om indtagelse af et fremmedlegeme ikke kan afkræfte diagnosen [4].

Fremmedlegemer, der over længere tid er fastsiddende i øsofagus, kan indebære betydelig risiko ved fjernelse i form af perforation og mediastinitis samt risiko for aortoøsofageal fistel, som i værste fald kan være fatal [2, 5]. Derudover er der risiko for sequelae i form af strikturdannelser.

Kronisk fastsiddende fremmedlegemer i øsofagus hos børn er en sjælden tilstand, som ofte kan være svær at diagnosticere pga. vage symptomer fra både luftvejene og fordøjelsessystemet. Særligt når der ikke har været observeret indtagelse, er der risiko for lang udredningstid og dermed mulige komplikationer. Hos børn med uforklarlige recidiverende luftvejs- og/eller fordøjelsessymptomer bør bronko- og øsofagoskopi overvejes.

KORRESPONDANCE: *Daniel Bräuner Skansing*. E-mail: skansing@dadlnet.dk

ANTAGET: 23. juni 2020

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 10. august 2020

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR: Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

SUMMARY

Plastic coin in the oesophagus in a one-year-old girl with long-term aerodigestive symptoms

Daniel Bräuner Skansing & Viveque Egsgaard

Ugeskr Læger 2020;182:V03200177

Oesophageal foreign body ingestion in children, who do not present with acute symptoms, can be difficult to diagnose, especially if ingestion is unwitnessed. This is a case report of a one-year-old girl with long-term aerodigestive symptoms, primarily treated for pneumonia and asthma with uncertain efficacy. After eight months, a broncho-oesophagoscopy was performed, and it unexpectedly revealed a plastic coin embedded in the oesophageal wall. Removal was successful with rigid oesophagoscopy. In children with unresolved aerodigestive symptoms broncho-oesophagoscopy should be considered.

LITTERATUR

1. Lesperance MM, Flint PW. Cummings pediatric otolaryngology. I: Schoem SP, Rosbe KW, Bearely S, red. Aerodigestive foreign bodies and caustic ingestions. Elsevier, 2015:374-84.
2. A-Kader HH. Foreign body ingestion: children like to put objects in their mouth. World J Pediatr 2010;6:301-

- 10.
3. Miller RS, Willging JP, Rutter MJ et al. Chronic esophageal foreign bodies in pediatric patients: a retrospective review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:265-72.
4. Savitt DL, Wason S. Delayed diagnosis of coin ingestion in children. *Am J Emerg Med* 1988;6:378-81.
5. Gilchrist BF, Valerie EP, Nguyen M et al. Pearls and perils in the management of prolonged, peculiar, penetrating esophageal foreign bodies in children. *J Pediatr Surg* 1997;32:1429-31.